

Meno Medic Top

מקترح تأمين

הצעה לביטוח

1. (البيانات الشخصية للشخص المرشح للتأمين 1)
(يجب تعبئة جميع الخانات)

1. פרטי המועמדים לביטוח
(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק _____ ת"ז של המעסיק _____

اسم صاحب العمل _____ رقم هوية صاحب العمل _____

כתובת המעסיק: عنوان صاحب العمل: _____

شارع	رقم	المدينة	رمز بريدي	هاتف
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון

INSURANCE PROPOSAL FORM FOR نموذج مقترح تأمين لحضرة	
A foreign person who has been issued an officially approved Israeli work permit <input type="checkbox"/> شخص أجنبي حصل رسمياً على تصريح للعمل في إسرائيل	
A tourist <input type="checkbox"/> سائح	
Unauthorized foreign worker in Israel <input type="checkbox"/> عامل أجنبي بدون تصريح في إسرائيل	
TYPE OF PROPOSAL نوع المقترح	
First policy <input type="checkbox"/> بوليصة أولى	
Extension of Policy number <input type="checkbox"/> تمديد لبوليصة رقم	
Insurrance Policy, for the period I, the undersigned, request that I and members of my family (listed below) will be insured within the Meno - Medic Top أنا الموقع أدناه أطلب الحصول أنا وأفراد أسرتي (المذكورين أدناه) على تغطية تأمينية ضمن بوليصة مينو-ميديك توب لفترة	
من: (يوم/شهر/سنة) ____ / ____ / ____ From: (DD/MM/YY) ____ / ____ / ____ حتى: (يوم/شهر/سنة) ____ / ____ / ____ To: (DD/MM/YY) ____ / ____ / ____	
Insured's last name اسم عائلة المؤمن	First name الاسم الأول
Insured's Home address عنوان المؤمن في البيت	Birth date تاريخ التولد
Street شارع	Country of citizenship بلد الأصل
Number رقم	Passport number رقم جواز السفر
Insured's Address in Israel عنوان المؤمن في إسرائيل	code كود
Number رقم	city المدينة
Street شارع	code phone كود الهاتف
Number رقم	city المدينة

هل تم التأمين عليك سابقاً بتأمين صحي في إسرائيل؟ نعم لا

فترة التأمين _____

أسباب عدم تجديد التأمين _____

هل اتدخن؟ نعم لا

هل أنت موهبة في رياضة؟ نعم لا

هل أنت موهبة في رياضة؟ نعم لا

2. **تصريح صحي** (لقد تم تصميم هذا التصريح بلسان المذكور من باب التسهيل، غير أنه يخاطب بني الجنسين). الرجاء الإجابة عن كل الأسئلة أدناه. الرجاء وضع إشارة في الخانة المرافقة لكلمة "نعم" أو "لا". وإذا كانت النتيجة إيجابية، فاكثب في سطر "شرح النتائج الإيجابية" رقم السؤال والش

2. **הצהרת בריאות** (למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים). נא לענות על כל השאלות שלהלן. לכל שאלה יש לסמן ✓בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט ממצאים חיוביים" את מספר השאלה ואת הפירוט

שאלות כלליות	כן נעם	לא לא	נעם/أسئلة عامة
גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג			1. الطول _____ متر الوزن _____ كغم
האם חל שינוי במשקלך במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?			2. هل تغير وزنك خلال الاثني عشر شهر الأخيرة (ليس بسبب حمية لتخفيف الوزن)?
האם אתה בעבר/הווה צורך אלכוהול או צורך סמים?			3. هل تتعاطى أو تعاطيت في السابق المشروبات الكحولية أو المخدرات?
האם אתה סובל או סבלת בעבר ממחלה כלשהי, פציעה או נזק מתאונה? האם עברת אי פעם ניתוח כלשהו? האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז או בניתוח כלשהו בעתיד?			4. هل تعاني الآن أو عانيت في السابق من أي مرض أو إصابة أو ضرر من حادث؟ هل خضعت مرة لعملية جراحية؟ هل تعلم بلزوم الخضوع لفحوصات داخلية أو الدخول إلى المستشفى أو الخضوع لعملية جراحية في المستقبل
האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במסוד? (איזה, מת, סיבה). צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.			5. هل مكثت مرة مستشفى أو مؤسسة؟ (ما اسمه. متى. السبب). أرفق تقرير إجمالي لحالة المرض ومعلومات محدثة
האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית?			6. هل تنلقى حاليا أي علاج طبي أو تخضع للمراقبة الطبية؟
האם אתה לוקח או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע או זמני?			7. هل تتعاطى/تتعاطين أي دواء بشكل دائم أو مؤقت؟

8.	هل خضعت أو تم نصحك بالخضوع لفحوصات: قسطرة. تخليط للقلب. فحص صدى القلب. فحص MRI أو C.T. أو تنظير داخلي أو فحص للكشف عن ورم خبيث أو فحص خاص غيرها (إذا كان الجواب "نعم" فاشرح نوع الفحص)		האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, סיפוי לב, אקו לב, MRI, C.T., אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה)
9.	هل عانيت أو تعاني من خلل خلقي أو مرض وراثي أو إعاقة?		האם אתה סובל או סבלת ממום מלידה, מחלה תורשתית או נכות?
10.	هل شعرت مؤخرًا بتغيير نحو الأسوأ في حالتك الصحية?		האם חשת לאחרונה בשינוי לרעה במצב בריאותך?
11.	هل تعاني حاليًا من أي مرض أو هل تعلم بأن لديك اضطراب صحي أو هل تتلقى أو تلقيت علاج أو أدوية؟ اشرحها. بما فيه الجرعات الدوائية ومدة العلاج.		האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי והאם קיבלת או אתה מקבל טיפול או תרופות? פרט כולל מינון ומשך טיפול.
12.	هل تلقيت مرةً بلاغاً من بنك الدم في أعقاب تبرعك بالدم؟		אם אי פעם קיבלת הודעה מبنק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?
13.	هل تواجه إعاقة أثناء القيام بواجدة من المهمات التالية: النهوض. خلع الملابس. الاستلقاء. ارتداء الملابس. الاستحمام. حلاقة الوجه. الأكل والشرب. التحكم بالعناظ. المشي. الأداء وإتمام الأشغال المنزلية الاعتيادية؟		האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, להתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסגורים, ללכת, לתפקד ולקיים את מטלות משק הבית
14.	هل تستحق و/أو هل تفيض معاش للرعاية التمريضية من التأمين الوطني؟		האם אתה זכאי ו/או מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי
15.	هل عانيت أو تعاني اليوم من فقدان القدرة على العمل بشكل جزئي أو كامل؟		האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא
16.	تاريخ العائلة (الوالدين، الأبناء، الأخوة، الأخوات، الأعمام والأخوال، العمات والخالات): هل عانوا من أمراض قلب، سكري، جلطة دماغية، كلي، سرطان أو أي أمراض خطيرة أخرى؟		תולדות המשפחה (הורים, ילדים, אחים, אחיות, דודים, דודות): האם סבלו ממחלות לב, סכרת, שבץ מוחי, כליות, סרטן, מחלות קשות אחרות
17.	للنساء فقط: هل تعاني الآن أو أصبت من قبل من أمراض نسائية مثل عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الإحجاب، نزيف وأورام في الثديين، مشاكل في الرحم والمبايض، نتائج غير سليمة لفحص نسائي (PAP) أو اضطرابات نسائية أخرى؟ هل أنت حامل وما هو عدد الأجنة؟ هل واجهتك مشاكل في حالات الحمل السابقة أو في الحمل الحالي، هل وضعت مولود بعملية قيصرية؟		נשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים כגון אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דמומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גניקולוגיות אחרות. האם את בהריון מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי האם ילדת בביתוח קיסרי
<p style="text-align: center;">שאלות על מחלות האם אי פעם חלית במחלות או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן:</p>			<p>أسئلة عن الأمراض هل أثبتت مرةً بالأمراض التالية أو ظهرت لديك علامات للأمراض التالية</p>
18.	القلب والأوعية الدموية أ. مرض قلب. أوجاع في الصدر. ضيق التنفس. نبض القلب. انقباض في الصدر (ذبحة صدرية). احتشاء عضلة القلب. اضطراب النبض. مشكلة في صمام القلب. مرض قلبي خلقي. مرض في عضلة القلب أو غشاء القلب. ب. فرط ضغط الدم. ج. الأوعية الدموية. أوجاع أرجل أثناء المشي. خثرات دموية. دوالي العروق. اضطرابات في الدورة الدموية. تصلب الشرايين.	Yes نعم	לב וכלי דם א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אנטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. כלי דם, כאבי רגליים בהליכה, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
19.	الجهاز العصبي دوار (دوخة). أوجاع رأس. إغماء، شلل. تشنج (صرع). T.I.A. (سكتة دماغية عابرة). اضطراب الذاكرة. فقدان الشعور. مرض ضموري. سكتة دماغية. نزيف دموي في الدماغ (C.v.a), رعشة. اضطراب في التوازن. الزهايمر. باركنسون. الإعياء النفسي. خرف شيخوخة.	No لا	מערכת עצבים סחרחורת, כאב ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווציות (אפילפסיה), T.I.A., הפרעות בזכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, אירוע מוחי, שטף דם במוח (C.v.a), רעד, הפרעות בשיווי משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דימנציה סנילית.
20.	اضطرابات نفسانية أمراض نفسانية. ياس. انفصام الشخصية. هوس. ميل لتدمير الذات.		הפרעות נפשיות מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
21.	قنوات التنفس أستما. التهاب القصبات الهوائية. نفاخ رئوي. سل. نغت الدم. عدوى متكررة في القنوات التنفسية.		דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
22.	الجهاز الهضمي والكبد قرحة (تقرح المعدة أو الاثني عشري). حرقة. مرض أمعاء التهابي مزمن. نزيف في الجهاز الهضمي. بواسير. مشاكل في فتحة الشرج. مرض كبدي مزمن. الصفير. حصى المرارة. التهاب في البنكرياس. التهاب الكبد (الفيروسي أو غيره).		דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תרסיון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת).
23.	الكلى والمسالك البولية حصى الكلى. التهاب في الكلى. تشوهات في المسالك البولية. دم أو بروتين في البول. حويصلات في الكلى. تضرر عمل الكلية. تضرر عمل الكلى. الغدة الكظرية (بروستاتا).		כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24.	أمراض الغدد الصماء واستقلاب المواد في الجسم مرض السكري. اضطراب الغدة الدرقية. الكظر. حويصلات في الكلية. الغدة النخامية وغدد غيرها. دهون عالية في الدم (كولسترول). شحوم ثلاثية.		מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כלוסטרול, טריליגרידים)
25.	أمراض الجلد والأمراض الجنسية الزهري. الحصف (هربس). أورام جلدية. ثلوث جلدية. تصلبats جلدية وأو مشاكل عقم وأو مشاكل خصوية.		עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריון.
26.	أمراض خبيثة (السرطان والإيدز) ورم. أورام خبيث/ خبيثة أو شبه خبيثة أو إيدز، بما فيه حمل الفيروس. اشرح نوع وموعد وطريقة العلاج		מחלות ממאירות (סרטן ואיידס) גידולים ממאירים או טרום ממאירים או איידס, כולל נשאות, פרט סוג מועד ואופן הטיפול
27.	المفاصل والعظام التهاب المفاصل (أرتيترس), روماتيزم (غالت). أوجاع في الظهر أو الرقبة. انزلاق غضروفي (ديسك). كتفي. مرض في العظام.		פרקים ועצמות דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרין (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברז, מחלת עצם.
28.	العيون كتاراكات، مياه زرقاء، حؤل. عمى. مرض في الشبكية. مرض في القرنية. اضطراب الرؤية. ديوبتر (رقم قياس الانكسار في العدسات).		עיניים קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר.

29.	الألثف والأذن والحنجرة التهابات متكررة في الحنجرة والأذنين. التهاب الجيوب الأنفية. اضطرابات في السمع. ظاهرة انقطاع النفس أثناء النوم.		أف أوزن غرون دלקوت غرون أو أوزنيس حذרות، סינוסיטיס، הפרעות בשמיעה، תסמונת דום נשימה בשינה.
30.	فتاق - على غشاء البطن. في الفرج. في ندوب العمليات الجراحية. في السرة أو في الحجاب القلبي.		בקע (הרניה שכר) - של דופן הבטן. במשפעה. בצלקות ניתוחים، בטבור ובטרעפת.
31.	اضطرابات صحية أخرى وأو أمراض لم يرد ذكرها أعلاه.		הפרעות כריאות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.

شرح النتائج الإيجابية

פירוט ממצאים חיוביים

1. הצהרת המבקש/ים / המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מהמבטח לבטח את המועמד/ים לביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן: "ההצעה").

אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

- א. ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
- ב. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.

ידוע לי/לנו כי:

- לא אהיה/נהיה זכאי/ים לשירותי בריאות מפורט בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בינו אדקק/נדקק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח ו/או הפוליסה ו/או קדם למועד הראשון שבו הסדיר בעבורי/בעבורנו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - א. אישירתי/אישירו כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/אנו נזקק/ים לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 - ב. רופא אישר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/ו נזקק/ים המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם. אם שהייתי/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "ההיה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם שהייה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר שהייה שבו הייתי/היינו מבוטח/ים בביטוח רפואי.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים מיום 17.10.2001 או מהמועד הראשון, המאוחר מניה שניים, לא יחולו לגבי/נו המגבלות שצוינו לעיל.
- בנוסף לא יחולו המגבלות למתן שירות רפואי עקב מצב רפואי קודם, במקרה בו אהיה/נהיה זקוק/ים לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה ייתנו לי/לנו שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה איני/אנו יוצב/ים במחנה רפואית על מנת לאפשר העברתי/נו להמשך טיפול בי/בנו מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

2. ויתור על סודיות רפואית

- א. אני/ו החתום/ים מטה משחרר/ים בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ועדירת כלפי מנורה מבטחים בע"מ (שתקרא להלן "מנורה").
- ב. הריני/נו נתון/ים בזה רשות לכל הממונים לעיל - כולל הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה - וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי/נו בעבר או שאני/ו מבוטח/ים בהן בהווה, למסור "למנורה" או לכלי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי/נו ועל כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר או שאתחלה/תחלה בעתיד, דוחות אשפוז שלי/נו ו/או כרטיסי/נו הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי/נו ו/או אתריו הצטרפתי/נו לתקופת חולי. היתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה למעסיק לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חתם רפואי.
- ג. הריני/ו מאשר/ים לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר "למנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- ד. הריני/נו נתון/ים בזה רשות "למנורה" להעביר כל מידע רפואי או אישי או אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.
- ה. הריני/ו מצהיר/ים בזה כי לא תהיה לי/לנו כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי הממונים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל "למנורה" או לכלי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- ו. בקשתי/נו זו יפה לי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיה ו/או עובדיה ו/או מי מטעמו ו/או מנתי השירותים שפורטו לעיל.
- ז. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו, את באי/י כוחי/נו על פי דין ואת כל מי שיובא במקומי/נו.

כתב ויתור זה יחול על ילדי/נו הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. אני/ו מאשר/ים כי קראתי/נו והנתי/נו את ההצהרות ומסכים לכתוב בהן, כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאופטורופוס/ים טבעיים שלהם. ולראיה באתי/נו על החתום:

התאריך	התوقيع	رقم جواز السفر	الاسم الأول واسم العائلة

أنا صاحب البوليصة _____ (الاسم الكامل). حامل بطاقة هوية رقم _____

أو وكيل صاحب البوليصة _____ (الاسم الكامل). حامل بطاقة هوية رقم _____

وعنواني شارع _____ رقم _____ المدينة. أتعهد بهذا بدفع رسوم التأمين المطلوبة

من شركة منورا مفتاحيم للتأمين. مرض بمقتضى القانون. الاسم: _____ التوقيع: _____

التاريخ: _____ اسم وكيل التأمين: _____ رقم وكيل التأمين: _____

1. تصريح صاحب/ أصحاب الطلب المرشح/ المرشحين للتأمين

أنا/ نحن الموقع/ الموقعين أدناه المرشح/ المرشحات للتأمين أطلب/ نطلب بهذا من شركة التأمين أن تؤمن المرشح/ المرشحات للتأمين بموجب فحوى هذه الاستمارة (تسمى فيما يلي: "المقترح").

أصريح/ نصحیح وأوافق/ نوافق وألتزم/ نلتزم بهذا بما يلي:

- أ. جميع الإجابات الواردة في المقترح و/أو في التصريح الصحي صحيحة ووافية. ولم أضع عن شركة التأمين أي شيء من شأنه التأثير على قرارها بالموافقة على مقترح التأمين.
- ب. الإجابات الواردة في المقترح وكذلك أي معلومات خطية غيرها يتم تسليمها لشركة التأمين بواسطة وكذا ذلك الشروط المعتمدة لدى شركة التأمين بهذا الخصوص هي الشروط المعتمدة لعقد التأمين بيني/ بيننا وبين شركة التأمين وهي جزء لا يتجزأ من العقد.
- ج. أنا/ نحن وأوافق/ نوافق بهذا على أن قبول أو رفض مقترحي/ مقترحتنا هذا يخضع لاعتبارات شركة التأمين وحدها. ويجوز لها أن تقبل أو ترفض المقترح بالتوافق مع تعاليم القانون.

أعلم/ نعلم ما يلي:

- لن أستحق/ لنستحق الحصول على الخدمات الصحية المبنية في بوليصة التأمين إذا كان الحدت الطبي بشكل حالة تأمين. والذي أحتاج/ نحتاج بسببه للخدمات الصحية. نأج عن حالة طبية سبقت موعد بداية سريان التأمين بحسب البوليصة و/أو سبق أول موعد الذي رتب فيه صاحب عمل في إسرائيل لي/ لنا تأمين طبي (يسمى فيما يلي: "الموعد الأول") وفي واحدة من الحالتين التاليتين:
 - أ. إذا صرحنا/ صرحنا بان حالة التأمين التي تترتب عنها المشكلة الطبية التي أحتاج/ نحتاج بسببها للخدمة نأجة عن حالة طبية سابقة.
 - ب. إذا صادق طبيب وفقاً للمعطيات المتوفرة بأن المشكلة الطبية التي أحتاج/ نحتاج أنا/ نحن المؤمنین بسببها إلى الخدمة الصحية نأجة عن حالة طبية سابقة. إذا مكثت/ مكثنا خارج إسرائيل بعد الموعد الأول (يسمى فيما يلي: "مكوث") لمدة تزيد عن 90 يوماً متتالية أو تزيد عن 120 يوماً متتالية إذا كان المكوث يفصل بين فترة التشغيل لدى نفس صاحب العمل. فسيتم اعتبار الموعد الأول بعد المكوث الذي كنت/ كنا فيه مؤمناً/ مؤمنة بناتمي/ طبي.
- بالرغم مما تحدد في البند 1 أعلاه، إذا مرت 3 سنوات من تاريخ 17.10.2001 أو من الموعد الأول الأخير منهما. فلن تسري علي/ علينا القيود المذكورة أعلاه.
- إضافة لذلك لن تسري قيود على تقديم الخدمة الطبية على إثر حالة طبية سابقة في حالة الاحتج/ احتجتنا لخدمات صحية بموجب البوليصة في حالة طبية طارئة: وفي هذه الحالة سأحصل/ سنحصل على هذه الخدمات لفترة محدودة يتم خلالها العمل على استقرار حالتي/ حالتنا الطبية لكي يتسنى نقلي/ نقلنا لمتابعة العناية بي/ بنا خارج إسرائيل ولمدة 30 يوم من بعدها فقط.

2. تنازل عن السرية الطبية

- أ. أنا/ نحن الموقع/ الموقعين أدناه أعفي/ نعفي أي مؤسسة طبية أو مختبر طبي وأي لجنة طبية وجميع موظفيهم الطبيين وغيرهم من واجب المحافظة على السرية الطبية وغيرها تجاه شركة منورا مفتاحيم للتأمين مرض (تسمى فيما يلي: "منورا").
- ب. أعطي/ نعطي بموجب هذه الوثيقة إذن لكل المذكورين أعلاه - بما فيهم اللجان الطبية التابعة لمؤسسة التأمين الوطني. ومؤسسة مفتاحيم ومكتب الصحة اللوائى وسلطات الجيش ووزارة الأمن وأي مؤسسة أخرى لم يد ذكرها في هذه الوثيقة - وكذلك لكل شركات التأمين التي تم تأميننا فيها سابقاً أو التي توفر لي/ لنا التغطية التأمينية حالياً بأن تسلم لـ "منورا" أو لوكليها - معاً أو كل على حدة - جميع التفاصيل دون استثناء عن حالتي/ حالتنا الصحية وعن أي مرض أصبت. أصينا به سابقاً أو ساءاب/ ساءاب/ سنصاب به في المستقبل وتقارير دخولي/ دخولنا للمستشفى و/أو بطاقتي/ بطاقتنا الطبية و/أو قائمة بأسماء الأطباء الذين زرتهم/ زرتهم و/أو تاريخ انضمامنا إلى صندوق المرضى.
- ج. يتم العمل بهذا التنازل عن السرية الطبية بحدود ما يتطلب الأمر للاستفسار عن الحقوق والواجبات الممنوحة بموجب هذه البوليصة ولن تتوجه شركة التأمين إلى صاحب العمل للحصول على معلومات طبية إلا في حالة توقيع العاملين على تصريح طبي.
- د. أصريح/ نصحیح بهذا لكل شركات التأمين و/أو المؤسسات الطبية الأخرى بأن تسلم لشركة "منورا" أي معلومات و/أو مستندات و/أو بوليصة تأمين كما تتطلب.
- هـ. أعطي/ نعطي بموجب هذه الوثيقة الإذن لشركة "منورا" بأن تسلم أي معلومات طبية أو شخصية أو غيرها لمقدمي الخدمات الطبية المتعاقدین معها لتقديم الخدمات بموجب هذه البوليصة.
- و. أصريح/ نصحیح بموجب هذه الوثيقة بأن لا يكون لي/ لنا أي مطلب أو ادعاء من أي نوع تجاه المذكورة أسماؤهم أعلاه بخصوص تسليم التفاصيل أعلاه لشركة "منورا" أو لوكلائها - معاً أو كل على حدة.
- ز. أطببي/ طببتنا هذا صالح بمقتضى قانون حماية الخصوصية لسنة 1981 ويسري على كل معلومات طبية أو معلومات غيرها صوحدة في قواعد المعلومات في كل المؤسسات. بما فيه صندوق المرضى و/أو الأطباء العاملين فيه؛ و/أو موظفيها و/أو أي شخص من طرفها و/أو مزودي الخدمات المذكورة أعلاه.
- ح. هذا التنازل يلزمي/ يلزمنا ويلزم تركتي/ تركتنا ووكلي/ وكلاتنا بمقتضى القانون وكل من يحل محلي/ محلنا.

يسري هذا التنازل على أبنائي. أبنائنا الصغار المذكورة أسماؤهم. إذا تم ذكرهم في المقترح. أصادق/ تصادق بأني/ بأننا قرأت/ قرأنا وفهمنا/ فهمنا التصريح والمستندات المكتوب فيها. جميع التصريحات بشأن أولادي/ أولادنا القاصرين تم تسليمها بواسطة/ بواسطة بصفتي/ بصفتنا الوصي/ الأوصياء المتعري/ المتعريين عليهم. وأشهداً على صحة ما ورد أعلاه أوقع أدناه: